

LÉČBA PERIFERNÍ OBRNY LÍCNÍHO NERVU

Mjr. MUDr. Vladko BYDŽOVSKÝ, plk. MUDr. Josef MAZÁNEK
Oddělení pro nemoci nervové vojenské nemocnice České Budějovice
(náčelník: plk. MUDr. J. Mazánek)

Úvod

Onemocnění lícniho nervu představují druhé nejčastější postižení periferní nervové soustavy [1, 4]. Většinu periferních obrn tvoří tzv. Bellova obrna („e frigore“), která postihuje v ČSSR ročně kolem 3000 obyvatel [10]. Toto onemocnění, ač známo od doby Avicennovy, nemá zatím ve všech případech zcela jasně vysvětlitelnou etiologii. Rozvíjí se zpravidla během několika hodin, většinou ve spánku, v noci po prochlazení. Zpočátku většinou lehké onemocnění může vážně kosmeticky ohrozit pacienta, není-li adekvátně léčeno. V případě učitele, herce, zpěváka, ale i vojáka z povolání může nedoléčená obrna představovat i vážný sociální problém. U vojáka základní služby s trvalými následky po nedoléčené obrně lícniho nervu by mohly nastat problémy s posuzováním souvislosti onemocnění a výkonu vojenské služby a objevit se žádosti o odškodnění.

Přes řadu prací o důležitosti léčby kortikoidy a o časně rehabilitační péči není terapeutický postup dosud ujednocen. Rovněž není ujednoceno, zda pacient má být hospitalizován, či zda postačí léčba ambulantní. Tyto dva problémy souvisí jak s dostatkem vhodných kortikoidů, tak na druhé straně s lůžkovou kapacitou nervových oddělení. Po zavedení akupunktury jako léčebné metody na našem oddělení v r. 1978 se na ambulanci začala objevovat řada pacientů, kteří léčení měsíce i léta na různých pracovištích přicházejí s prosbou o léčbu zbytků periferní obrny lícniho nervu akupunkturou. V anamnéze většiny z nich bývá terapie Acylpyrinem, vitamíny B skupiny a nepříliš intenzivní rehabilitace. Vše ambulantně, mnohdy s náročným dojížděním za rehabilitací. Vzhledem k tomu, že na našem oddělení je již řadu let zachovávan při léčbě Bellovy obrny vcelku standardizovaný postup, zajímalo nás vyhodnocení našich léčebných výsledků. Zvláště jsme se zaměřili na výsledky terapie kortikoidy, dále na porovnání skupiny vojenských a civilních pacientů.

Soubor léčených a metodika

V období od 1. 1. 1972 do konce roku 1981 bylo na oddělení hospitalizováno 114 nemocných s Bellovou obrnou lícniho nervu. Pacienti, kteří měli periferní obrnu lícniho nervu z jiných příčin (neurinomy akustiku, neurinom trigeminu, poherpetické parézy, posttraumatické parézy, Melkerson-Rosenthalův syndrom) nejsou v této skupině zahrnuti. Rovněž nejsou v sestavě za-

hrnuti pacienti, kteří měli rezidua po dříve léčené obrně na jiném pracovišti a byli přijati k léčbě akupunkturou. Ze 114 nemocných je 110 mužů a 4 ženy. Vojáků bylo 88 (15 z povolání, 73 základní služby), civilních pacientů 26. Průměrný věk vojáků činil 23,5 roku, civilních mužů 44,2 roku, žen 38,3 roku. Pravostranných postižení bylo 59, levostranných 55. Každý pacient s Bellovou obrnou, který se dostavil v uvedeném časovém období na ambulanci oddělení, byl ihned hospitalizován. Bylo u něj provedeno kompletní nervové vyšetření, dále konziliární oční a ORL vyšetření. Z pomocných vyšetření bylo ordinováno vyšetření moče, FW, rtg srdce a plic, rtg lbi dle Stenverse, vstupní laboratorní soubor. Elektromyografické vyšetření bylo prováděno jen u malého počtu pacientů až v průběhu hospitalizace. Léčba byla zahájena na ihned v den příjmu. Základem byla léčba kortikoidy a 2krát denně prováděná rehabilitace na rehabilitačním oddělení. O sobotách a nedělích rehabilitaci zajišťují sestry na oddělení, všechny jsou v jejím provádění vyškoleny. Lokální aplikaci kortikoidů jsme prováděli u pacientů, kteří přišli do 3 dnů od vzniku onemocnění. Používali jsme Celestone-Chronodosu, Diprophos, dříve i Kenalog. Lék aplikujeme k foramen stylomastoideum postižené strany podle metodiky popsané Pechanem [10]. U každé větší obrny (posuzováno dle stupněлагоftalmu) jsme podali celkově Prednison s počáteční dávkou 45 mg až 60 mg denně odstupňovaně podle váhy pacienta. Pacientům sлагоftalmem byl na noc přikládán masťový obvaz na oko. U lehkých obrn (bezлагоftalmu nebo jen s nepatrnýmлагоftalmem) jsme kortikoidy celkově nepodávali a použili jsme různé kombinace těchto léků: Reparil, Hydrochlorothiazid, Acylpyrin, Superpyrin, vitamín B₆, B₁₂, vitamín E forte. Vitamíny B skupiny, zejména Pyridoxin, jsme použili i u většiny pacientů léčených celkově kortikoidy. U 12 pacientů byla prováděna léčba akupunkturou na začátku hospitalizace, u 25 až v průběhu doléčování, když se jednalo o protrahovaný průběh onemocnění. Klinický stav jsme sledovali především podle 2 kritérií. Prvním bylo postižení horní větve lícniho nervu, které jsme měřili podle intenzityлагоftalmu postiženého oka v milimetrech. Druhým kritériem bylo postižení dolní větve. Zde jsme rozlišovali lehčí postižení, kdy byl patrný alespoň drobný pohyb, záškub (tj. paréza) a těžké postižení, kdy nebylo možno zjistit žádný pohyb (tj. plegie).

Retrospektivně jsme nyní zjišťovali dobu prvního ošetření od vzniku postižení jak terénním

lékařem, tak ve vojenské nemocnici. Dále jsme si všímali možných vyvolávajících faktorů, doby klinické úpravy ve vztahu k časnosti ošetření i ve vztahu ke způsobu léčby.

Tab. 1

Příčiny postižení	
esenciální	- primární ischemie ? - sekundární ischemie ? - kombinace obou ?
infekce	- záněty středouší - akutní či chronické záněty mening - bulbární forma poliomyelitidy - lyssa - epidemická encefalitida - mononukleóza - adenoviry - malárie - návratná horečka - difterie - slintavka-kulhavka aj.
tumory	- mostomozečkového koutu - spánkové oblasti - lícního nervu - Schwannom - paraneoplastický projev
zevní poranění	- operace neurinomů akustiku - středoušní operace - zranění úderem, bodnutím, střílnou ranou, cizími tělesy,...
poruchy metabolismu	- dna - diabetes mellitus - myxedém - urémie - kryoglobulinemie aj.
alergie	- postvakcinační
exogenní intoxikace	- INH
lokální příčiny	- leukemické infiltráty - oboustranné parézy: 1. polyneuritis G-B. 2. arachnoiditida báze 3. zlomeniny báze 4. polyneuropatie

Tab. 2

Sestava pacientů	
Celkově	114; 110 mužů; 4 ženy 59krát vpravo, 55krát vlevo
Průměrně první ošetření lékařem	4,4. den
Průměrně první ošetření v nemocnici	7,7. den
Průměrný věk	28,0 roku ženy 38,3 roku muži 27,7 roku
Průměrná doba klinické úpravy	27,3 dne

Tab. 3

Sestava vojenských pacientů	
Celkově 88 pacientů (15 z povolání, 73 základní služby), 42krát vpravo, 46krát vlevo	
Průměrná doba prvního ošetření lékařem	4,3. den
Průměrná doba prvního vyšetření ve vojenské nemocnici	6,4. den
Průměrný věk	23,6 roku
Průměrná doba klinické úpravy	27,8 dne
Profese: 21 × řidič 15 × střelec 4 × kuchař 4 × štábní pracovník 2 × velitel děla, výkonný praporečkář, velitel čety, spojař, velitel družstva ostatní profese zastoupeny 1 ×	
Vyvolávající moment:	
prochlazení 28 ×	43krát známý vyvolávající moment 45krát známého vyvolávajícího momentu
jízda autem 8 ×	
průvan 3 ×	
jízda vlakem 2 ×	
jízda na MC 1 ×	
jízda na kole 1 ×	

Tab. 4

Sestava civilních pacientů	
Celkově 26 pacientů, 4 ženy, 22 mužů. 9krát vlevo, 17krát vpravo.	
Průměrná doba prvního ošetření lékařem	4,5. den
muži	4,8. den
ženy	2,8. den
Průměrná doba prvního ošetření v nemocnici	11,3. den
muži	11,9. den
ženy	7,8. den
Průměrný věk	43,2 roku
muži	44,1 roku
ženy	38,3 roku
Doba klinické úpravy	26,4 dne
muži	28,3 dne
ženy	15,8 dne
Vyvolávající moment: 10krát známý, 16krát neznámý	
prochlazení	4 ×
průvan	3 ×
jízda autem	2 ×
jízda na kole	1 ×

Výsledky

1. Pracovní zařazení

U vojáků v činné službě jsme nezjistili významnější závislosti na druhu zařazení, přece jen však převažují řidiči (21krát) a střelci (15krát). I ostatní vojenské profese však byly hojně zastoupeny: kuchaři a štábní pracovníci (vždy 4krát), velitelé družstev, čet, výkonní praporčíci, velitelé děl a spojaři (vždy 2krát), ostatní nejrozličnější profese celkem 36krát. U civilních pacientů se jednalo o nejrozličnější povolání, vzhledem k poměrně malým počtům jsme bližší rozbor neprováděli.

2. Vyvolávající moment

U vojáků v činné službě vzniku onemocnění nejčastěji předcházelo větší prochlazení (28×), jízda autem na korbě či při otevřeném okénku (8krát), pobyt v průvanu (3krát), jízda vlakem (2krát), jízda na motocyklu a na kole (1krát). Ostatní vojenští pacienti nemohli uvést žádné mimořádné okolnosti, které by předcházely vzniku onemocnění. U civilních pacientů rovněž převažovalo prochlazení (4krát), pobyt v průvanu (3krát), jízda autem (2krát), jízda na kole (1krát). Zbývající civilní pacienti rovněž nemohli uvést žádné mimořádné okolnosti předcházející vzniku onemocnění. Celkem tedy v 46,5 % případů (53 pacientů) se dala zjistit možná souvislost nástupu onemocnění s prochlazením tváře.

3. Doba prvního ošetření

První ošetření útvarovým lékařem bylo u vojenských pacientů za 4,4 dne, ve vojenské nemocnici pak za 6,4 dne od vzniku potíží. U civilních pacientů bylo první ošetření obvodním lékařem za 4,7 dne, ve vojenské nemocnici pak za 11,3 dne. Rozdíl je mezi ženami a muži. Ženy se dostavily k obvodnímu lékaři v průměru

za 2,8 dne (muži za 4,8 dne), do nemocnice se dostavily za 7,8 dne (muži za 11,9 dne).

4. Tíže postižení

Lagoftalmus u vojenských pacientů byl průměrně asi 3 mm, 37 z 88 pacientů mělo plegii ústního koutku (42 %). U civilních pacientů byl lagoftalmus průměrně 3,2 mm, plegie v 13 případech (50 %) z 26 pacientů. Není tedy podstatného rozdílu v tíži onemocnění mezi skupinou civilních pacientů a vojáků v činné službě.

5. Léčba

Aplikovali jsme 14 pacientům celkem 25krát Kenalog, 14 pacientům 17krát Celestone-Chronodosu a 13 pacientům 15krát Diprophos. Těžší pacienti byli ve skupině použitého Diprophosu. Rychlejší nástup účinků byl u preparátů Celestone-Chronodosa a Diprophos, pomalejší u Kenalogu, kde jsme byli nuceni obstrukci častěji opakovat. Na celkovou dobu klinické úpravy však neměl druh použitého přípravku vliv. Proto jsme efekt léčby sledovali z hlediska časnosti použití. První obstrukce byl běžně použit 2. až 3. dne od vzniku postižení, další byl proveden 3. až 7. dne. V některých případech těžších postižení byl lokálně působící preparát použit i 4. až 5. dne od vzniku, v jednom případě 69letého lékaře s těžkým postižením jsme použili obstrukci i 14. dne od vzniku postižení. Pacienti nejlépe snášeli preparát Diprophos, nejhůře Kenalog. Celkově jsme kortikoidy (výhradně Prednison) podali u 40 pacientů, z toho u 29 v kombinaci s lokálním kortikoidem. Výsledky léčby kortikoidy jsou uvedeny v tabulkách 5, 6 a 7. Podrobnějším rozbořením účinku ostatních medikamentů jsme se nezabývali.

6. Doba klinické úpravy

Přehledně je uvedena na tabulkách 2 a 3. Jak ve skupině vojáků v činné službě, tak ve skupině

Tab. 5

Doba klinické úpravy (vojenští / civilní pacienti)				
Ošetření	Počet pacientů	Lagoftalmus v mm	Plegie koutku	Doba klinické úpravy
lékař do 3 dnů	65 / 15	2,8 / 2,5	25 × / 5 ×	26,2 / 25,5
nemocnice do 4 dnů	51 / 10	2,5 / 2,4	21 × / 4 ×	23,9 / 23,6
lékař nad 3 dny	23 / 11	4,0 / 3,8	12 × / 8 ×	32,7 / 26,7
nemocnice nad 4 dny	37 / 16	3,6 / 3,8	16 × / 9 ×	33,9 / 28,4
kortikoidy lokálně	7 / 5	3,6 / 3,6	2 × / 3 ×	17,3 / 29,4
kortikoidy celkově	32 / 8	3,4 / 5,0	20 × / 4 ×	30,8 / 29,8
kortikoidy lokálně i celkově	24 / 5	3,5 / 1,2	9 × / 2 ×	25,2 / 15,4
bez kortikoidů	25 / 8	1,9 / 2,6	6 × / 4 ×	26,1 / 28,0
celkem	88 / 26	3,0 / 3,2	37 × / 13 ×	27,8 / 23,4

Tab. 6

Výsledky použití lok. kortikoidů					
Název preparátu	Počet		Prům. lagoftalmus v mm	Plegie	Prům. oš. doba ve dnech
	pacientů	obstřiků			
Kenalog	14	25 3 × 2 4 × 3	2,8	5 pac. = 35,7 %	20,1
Celestone	14	17 1 × 2 1 × 3	2,5	5 pac. = 35,7 %	22,8
Diprophos	13	15 2 × 2	3,8	4 pac. = 30,8 %	22,0

Tab. 7

Výsledky použití lok. kortikoidů do 3. dne					
Název preparátu	Počet		Prům. lagoftalmus v mm	Plegie	Prům. oš. doba ve dnech
	pacientů	obstřiků			
Kenalog	11	19	3,1	5	24,2
Celestone	7	9	1,6	2	24,0
Diprophos	9	10	3,6	3	16,0

ně civilních pacientů byla kratší u těch, kteří navštívili lékaře do 3 dnů, resp. přišli k léčení do nemocnice do 4 dnů od vzniku onemocnění. Doba klinické úpravy byla u včasné příchozích v obou sledovaných skupinách stejná. U pozdě příchozích byla delší u skupiny vojenských pacientů. Vesměs se jednalo o vojáky, kteří projevovali menší zájem o svůj zdravotní stav a hůře spolupracovali při léčení. Projevili to už tím, že pro své potíže vyhledali později i lékařskou pomoc u útvaru. Nesetkali jsme se s případem pozdního odeslání vojáka do nemocnice útvarovým lékařem, všechna pozdní lékařská vyšetření u vojáků byla zaviněna tím, že svým potížím věnovali malou pozornost a teprve větší lagoftalmus či progredující paréza ústního koutku je donutily k vyhledání lékařské pomoci. Dosti časté to bylo tam, kde onemocnění začalo ve čtvrtek či pátek — odložili vyhledání lékařské pomoci vesměs až na pondělí.

7. Posudková problematika

Ve skupině včasné příchozích bylo nutno udělat jen jeden posudkový závěr na klasifikaci „Schopen s omezením II. stupně“. Jednalo se o 44letého praporčíka s třídní anamnézou levostranného postižení s lagoftalmem 5 mm a plegií koutku ústního, které se ani během 80denního pobytu nepodařilo zcela vyléčit. Ve skupině pozdě příchozích jsme byli nuceni dě-

lat 2krát posudkový závěr na klasifikaci „Dočasně neschopen vojenské služby“. Prvním pacientem byl 21letý svobodník — psod, který se již s recidivujícím onemocněním dostavil k vyšetření na ošetřovnu útvaru až 30. den trvání nemoci. I když byl ještě téhož dne dopraven na naše oddělení, nepodařilo se během 70denního pobytu stav podstatně zlepšit. Druhým pacientem byl 22letý voják, mechanik, který přišel pro 5 dnů trvající postižení pravostranného lícního nervu s lagoftalmem 5 mm a plegií koutku. Stav se po 3měsíční léčbě podařilo upravit jen částečně. Další dva pacienti byli přezkoumání po klinické úpravě pro jiná onemocnění nesouvisící s Bellovou obrnou. Ostatní pacienti byli propuštěni beze změny klasifikace k útvaru. Běžně doporučujeme po propuštění 1 měsíc úlevy od polního výcviku, dozorčí a strážní služby, všeobecnou prevenci prochlazení. Po propuštění nemocné kontrolujeme za 1 měsíc na ambulanční. U civilních pacientů jsme se posudkově nevyjadřovali, paušálně jsme doporučovali 1 měsíc prevenci prochlazení. Ke kontrolám jsme je již nezvali.

Diskuse

V práci jsme si všímali tzv. esenciální obrny lícního nervu, kterou první popsal N. A. Friedrich v r. 1798, kdy si detailně klinicky všiml tří pacientů s idiopatickou periferní obrnou líc-

ního nervu. Jeho pozorování začátku onemocnění, fyzikálního vyšetření, průběhu, léčby i uzdravení předstihují totéž u Ch. Bella o 23 let [cit. Bird, 1979].

Pro objasnění patogeneze onemocnění existují tři teorie — primární ischémie, sekundární ischémie a kombinace primární a sekundární ischémie. První teorie vysvětluje onemocnění spazmem výživných cév lícního nervu, nevysvětluje však příčinu spazmu [Worms aj., Audibert aj. — cit. 1]. Ballance, Pechan a jiní jsou zastánci druhé teorie — sekundární ischémie útlakem edematózního kmene lícního nervu v canalis nervi facialis, který působí uskrtnutí nervu v tuhé perineurální pochvě a tím poruchu cirkulace ve vasa nervi facialis. Třetí teorie vysvětluje onemocnění tak, že po spazmu cév vzniká následně otok kmene nervu a tím ischémie [Sullivan, Kettel, Hilger, Blunt — cit. 1]. Všeobecně se zdůrazňuje rychlý vývoj esenciálního onemocnění; vzniká-li obrna pozvolně, jde častěji o příznaky sekundárního postižení [komprese tumorem apod.]. Onemocnění se vyskytuje v každém věku, snad častěji postihuje ženy. Vzhledem k charakteru našeho zařízení zcela jasně převažovali muži.

Literárně udávaný rychlý vývoj onemocnění je doprovázen všeobecným zdůrazňováním nutnosti co nejdříve započít s terapií — dle patogenetických mechanismů především antiedematózní. Sami býváme často překvapeni, jak tento základní požadavek bývá přehlížen nejen řadou útvarových či obvodních lékařů, ale i mnohými neurology. Nesouhlasíme s názory, že řada postižení je charakteru neurapraxie a že se stejně upraví „sama“. Postižení začínající původně neurapraxií může při nečinném přihlížení přejít v úplnou denervaci, která je pak vážným terapeutickým i kosmetickým problémem. Proto zdůrazňujeme včasnost adekvátní léčby, pokud možno při hospitalizaci. Sami jsme při našem komplexním přístupu nemuseli navrhovat chirurgický zákrok — ať již dekomprese či mikrochirurgickou rekonstrukci lícního nervu. Zavrhuje jak zbytečné vyčkávání se zahájením účinné terapie, tak přístup spočívající v podávání vitamínu skupiny B, eventuálně doplněný salicyláty.

V terapii zdůrazňuje Pechan [10, 11] aplikaci kortizonoidních preparátů ať již lokálně, nebo celkově. Lokální terapii doporučuje do 2. dne onemocnění, její opakování v 2–7denních intervalech, opakování v době kratší než 48 hodin považuje za neracionální. Zdůrazňuje nutnost individuálního přístupu. V dalším je dle něho nutná profylaxe keratitidy i lagophthalmu, zakazuje pobyt v prašném prostředí, v průvanu, na noc obvaz oka s indiferentní masťou, při vysychání oka borovou vodou přes den. Pochopitelná je psychoterapie, opouští se vázodilatační léčba. Možnost dehydratační léčby (salicyláty, $MgSO_4$, Manitol, ...), rehabilitační procedury. Aplikaci vitamínů doporučujeme tam, kde se jedná o jejich nedostatek. Další oblastí je chirurgická léčba, která je mimo rámec na-

šeho oddělení. Chodos [3] udává při léčbě použití kys. acetylosalicylové či Amidopyrinu, široké užití ACTH a kortizonoidů, dehydratačních a antialergických prostředků. Používá i antihistaminika i anticholinesterázové přípravky, injekce kyseliny nikotinové. Operativní léčba — chirurgická dekomprese — je vlastně pro mechanický útlak ve foramen stylomastoideum patogenetickou léčbou, která se ale má provést do vytvoření degenerativních změn. Dále uvádí i nutnost fyzioterapie a elektroléčby. My sami zastáváme názor Pechanův a dalších, že hlavní význam hraje v rozvoji onemocnění edém nervu, proto rovněž upřednostňujeme použití kortikoidních přípravků lokálně a perorálně. Z lokálních používáme především preparátu Diprophos (betamethasonnatriumfosfát a betamethasondipropionát), z celkových Prednison v počáteční dávce kolem 50 mg, po objevení se hybnosti postupně vysazujeme. Z dalších přípravků se osvědčuje Reparil dr., ev. injekce, kys. acetylosalicylová, Hydrochlorothiazid či jiné dehydratační prostředky. Z vitamínů upřednostňujeme Pyridoxin. Vedle antiedematózní terapie považujeme za nejdůležitější rehabilitační péči: po 5minutovém prohřívání soluxem v nepřilíhnutí intenzivních dávkách (později až 10 min) se začíná s jemnou svalovou masáží postiženého mimického svalstva ve směru svalových vláken. Po této stimulaci pak následuje individuální cvičení. Samozřejmě je provedení svalového testu na začátku terapie. Při zlepšení pak následuje cvičení před zrcadlem — stále pod dohledem rehabilitační pracovnice. Toto cvičení je možné až tehdy, když postižený ovládá již jednotlivé svalové skupiny, jinak hrozí snadné vytváření souhybů. U plegií je možno provádět stimulaci galvanickými proudy jenom do objevení se hybnosti. Samozřejmě je prevence prochlazení (polštářky přiložené na postiženou stranu nosí pacienti kdykoliv opustí oddělení). Po dosažení hybnosti dle 3. st. svalového testu je možno z původního cvičení dvakrát denně přejít na cvičení jednou denně. Osvědčuje se zacvičení každé sestry lůžkového oddělení v rehabilitační péči, protože o sobotách a nedělích péči rehabilitačních pracovnic nahrazují sestry oddělení. Jako prevenci postižení rohovky používáme 3krát denně targesinové kapky či O-Septonex guttae, na noc masťový obvaz s O-Azulenem, pokud trvá lagophthalmus. O tom se přesvědčuje sestra i noční kontrolou postiženého oka. Léčbu strychninovými či prostigminovými preparáty neprovádíme. Terapie akupunkturou je dle našich zkušeností indikována i u starých postižení, osvědčuje se i u léčby souhybů a kontraktur a je předmětem jiného sdělení.

Problémem jsou kontraktury lícních svalů a synkinézy, se kterými se setkáváme u pozdě příchozích pacientů. Judelson [5] udává jejich výskyt v 7,5–46 % postižení, sami jsme se u včasné ošetřovaných případů s jejich výskytem neseťkali, u pozdě příchozích jsou spíše pravidlem. Pro jejich vysvětlení vznikla řada

teorií — svalová teorie, teorie kontur antagonistů, aberace regenerujících nervových vláken, patologie vegetativního nervového systému, mechanismus reflexní i porucha nadřazených reflexních center. Stereotaktická sledování ukázala, že vznik sekundárních kontraktur je doprovázen změnou funkční skladby nadřazených struktur mozku účastnících se na regulaci mimických svalů. Patologická aferentace ze změněného nervosvalového aparátu vede k zesílení aktivizačních vzruchů retikulárních struktur mozku a k zvýšení reflexní dráždivosti mimických svalů. Nejpravděpodobnější se zdá koncepcie reflexní patogeneze, ve které hrají úlohu periferní, segmentální i suprasegmentální struktury nervového systému. V jejich terapii se osvědčuje vedle myorelaxancií (Dorsiflex, Mydocalm) a citlivé rehabilitační léčby akupunktura (6).

Vlastní diagnostika na úrovni útvarových či obvodních lékařů je poměrně dobrá. Jen ojediněle bylo možno vyčíst ze zdravotních dokladů diagnostickou nejistotu nebo omyl. Pacienti byli v takových případech odesíláni s doporučením: ...nemůže zavřít oko, ...porucha hybnosti tváře, ...neuralgie trigeminu, ...zánět trojklanného nervu, ...apod. Ani v jednom případě nedošlo k záměně za centrální postižení lícního nervu. Terénní lékaři však neznají zásady léčby, mnohdy nevědí, na kterém oddělení se toto onemocnění léčí, a tak pacienti odesílají nejprve na oční nebo ORL oddělení. Pozdní příchod do nemocnice u vojenských pacientů byl způsoben jednak jejich pozdním příchodem k útvarovému lékaři, jednak administrativními průtahy spojenými s odesláním do nemocnice (vybavení cestovních dokladů, čekání na odvoz zdravotnickým automobilem apod.). Samotné onemocnění je nebolestivé, příznaky nejsou většinou alarmující, a tak ani pacient ani lékař nepospíchají. U civilních pacientů je situace obdobná, navíc komplikována složitostí s objednáváním na odborné vyšetření a malou kapacitou lůžkových oddělení.

Pro první orientaci o etiologii postižení nám pomůže informace o ev. poruše sekrece slz a chuti. Snížení slzné sekrece svědčí pro lézi genikulární nebo supragenikulární, normální chuťové funkce svědčí pro lézi infrachordální. Stanovení etiologie postižení může poskytnout částečnou informaci o prognóze onemocnění. Infrachordální typ, při kterém je postižen pouze krátký úsek nervu těsně nad foramen stylomastoideum, představuje $1/3$ — $1/2$ všech případů Bellovy obrny a je nejlehčí formou onemocnění (10).

Prevence samotného vzniku onemocnění je obtížná a prakticky nerealizovatelná, protože etiologie a patogeneze onemocnění nejsou dořešeny. Jen u necelých 50 % našich pacientů se podařilo najít provokační moment — prohlázení.

Souhrn

V předložené práci autoři podali rozbor 114 pacientů hospitalizovaných na oddělení v letech 1972—1981. Z celkového počtu bylo 88 pacientů vojáků a 26 pacientů civilních, 59krát bylo postižení pravostranné, 55krát levostranné. Průměrná doba klinické úpravy činila 27,3 dne, autoři se nesetkali se závažnějšími následky onemocnění (keratitis è lagophthalmos, potřeba chirurgické intervence, ...). Podán přehled příčin postižení lícního nervu. Z tabulek vyplývá lepší průběh a kratší doba klinické úpravy u dříve přichozích pacientů. Zdůrazněna nutnost komplexního přístupu v terapeutickém snažení při hospitalizaci pacienta. Vojenské zdravotnictví má dobře zajištěn komplexní systém péče o toto onemocnění.

Literatura

1. Alperovič, P. M. et al.: Paralýza Bella, etiologie, patogeneze, klinika, tečenie, ischod. Žurn. nevropatologii i psichiatrii, 1978, č. 6, s. 837—846.
2. Bodechtel, G.: Differentialdiagnose neurologischer Krankheitsbilder. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1974.
3. Chodos, Ch. G.: Nervnyje bolezni. Moskva, Medicina 1974, s. 205—209.
4. Grinštejn, A. B.: Nevrit licevogo nerva. Novosibirsk, Nauka 1980. 143 s.
5. Judelson, J. B.: Patogenes vtoričnoj kontraktury mimických mišc. Žurn. nevropatologii i psichiatrii, 82, 1982, č. 5, s. 764—771.
6. Kajdoš, V.: Léčba periferní obrny lícního nervu akupunkturou. Prakt. Lék., 56, 1976, č. 19, s. 726—727.
7. Kaverina, V. V.: Regeneracia nervov pri nejroplastických operacijach. Leningrad, Medicina 1975, 200 s.
8. Mumenthaler, M.: Wie soll sich der Arzt bei einer idiopathischen peripheren Fazialisparese verhalten? Dtsch. Med. Wochenschr., 105 (23), 1980, č. 6, s. 817 až 818.
9. Obrda, K. - Karpíšek, J.: Rehabilitace nervově nemocných. Praha, Avicenum 1971, s. 59—83.
10. Pechan, J.: Bellova obrna lícního nervu a její patogenetická léčba. Praha, Avicenum 1972, 8 s.
11. Pechan, J.: Akutní periferní obrna lícního nervu. Prakt. Lék., 56, 1976, č. 19, s. 723—725.
12. Pechan, J. - Vyhnanáková, E.: Facial Palsy and Its Conservative Treatment. Acta Univ. Carolinae, 24, 1978, s. 3—78, s. 289—330.
13. Sandstedt, P. - Hyden, D. - Odqvist, L.: Bell's Palsy—part of a polyneuropathy? Acta Neurol. Scand., 64, 1981, s. 66—73.
14. Steidl, L.: Prognosis and Course of Bell's Palsy. Arch. Psychiat. Nervenkr., 216, 1972, s. 311—322.
15. Steidl, L.: Prognosis and Course of Bell's Palsy. Arch. Psychiat. Nervenkr., 24, 1972, s. 323—341.
16. Taverner, D.: Treatment of facial Palsy. Arch. Otolaryng., 81, 1965, s. 489—493.
17. Véle, F. in Macek, Z. aj.: Speciální neurologie. Praha, Avicenum 1973, s. 439—442.
18. Kolektiv: Sborník Voj. zdrav. Listů, 36, 1967, č. 2, s. 40.

Klíčová slova: Periferní obrna lícního nervu; Příčiny vzniku; Léčba.